

Red de cuidado principal de Co-Pagos (Primary Care Network)

Beneficio	Cantidad de Co-pago
	* La cantidad máxima que usted debe pagar será \$1000.00 por persona al año (de calendario).
Visitas al doctor (Servicios de cuidado de embarazo no los cubre el plan)	\$5 de co-pago por visita
Servicios de sala de emergencia (Todas las emergencias no son pagadas por Primary Care Network. Favor de referir a su manual de PCN para más información.)	\$30 de co-pago por visita
Transportación de emergencia	No hay co-pago-limitado para transportación de emergencia
Equipo médico y provisiones	10% de co-pago por los servicios que el sistema cubra
Periodo de espera para condiciones pre-existentes	No hay período de espera
Farmacia (cuatro recetas por mes)	\$5 de co-pago por receta que estén en la lista de recetas cubiertas por el sistema 25% de la cantidad permitida de medicinas que no estén en la lista del sistema
Laboratorio	5% co-pago de la cantidad permitida si es mayor de \$50
Rayos - X	5% de co-pago de la cantidad permitida si es mayor de \$100
Servicios dentales Incluyendo: exámenes, rayos- x, limpieza y caries	10% de co-pago de la cantidad permitida
Cuidado de la vista (Lentes y lentes de contacto no los cubre el plan)	\$5 de co-pago; un examen de la vista al año
Educación para la salud y servicios generales preventivos	

*Nota: Servicios que no están incluidos son servicios de hospital para pacientes externos, servicios relacionados con el embarazo, servicios de salud mental, terapia ocupacional, terapia física y servicios de Quiropráctico. Esto es solo un resumen de los beneficios y co-pagos del plan de PCN.

Puede haber algunas restricciones que son aplicables.